

BOLETIM DO SANATÓRIO SÃO LUCAS

FUNDAÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

Rua Pirapitinguí, 80 — São Paulo, Brasil

VOL. XX

JUNHO DE 1959

N.º 12

Sumário:

	Pág.
<i>Câncer gástrico limitado à camada mucosa —</i> Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO e Prof. CARMO LORDY	179
<i>Conduta terapêutica diante da apendicite</i> <i>gangrenosa — Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO</i>	185
<i>Literatura Médica — Livros recebidos</i>	187
<i>Sanatório São Lucas — Operações realizadas em</i> 1958	188



Boletim do Sanatório São Lucas

Suplemento de

"ANAIAS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA"

Editado sob a direção do

DR. CLODOMIRO PEREIRA DA SILVA

pelo

SANATÓRIO SÃO LUCAS

FUNDAÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

Diretor

DR. EURICO BRANCO RIBEIRO



Órgão oficial da Sociedade Médica São Lucas

Rua Pirapitingui, 80, Caixa Postal, 1574 — São Paulo, Brasil



DIRETORIA — EXERCÍCIO 1959/1960

Presidente

DR. ADALBERTO LEITE FERRAZ

Vice-Presidente

DR. PAULO G. BRESSAN

Primeiro Secretário

DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Segundo Secretário

DR. NELSON CAMPANILE

Primeiro Tesoureiro

DR. LUIZ BRANCO RIBEIRO

Segundo Tesoureiro

DR. FERDINANDO COSTA

Bibliotecário

DR. JOÃO NOEL VON SONNLEITHNER

Conselho Consultivo:

PROF. CARMO LORDY

DR. ADHEMAR NOBRE

DR. CLODOMIRO PEREIRA DA SILVA

DR. ERNESTO AFONSO DE CARVALHO

DR. CESÁRIO TAVARES

BOLETIM DO SANATÓRIO SÃO LUCAS

FUNDAÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

VOL. XX

JUNHO DE 1959

N.º 12

Cancer gástrico limitado à camada mucosa *

Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

(Diretor do Sanatório São Lucas)

e

Prof. CARMO LORDY

(Anátomo-patologista do Sanatório São Lucas)

Em nossa reunião de hoje vamos tratar de u'a molestia bastante contraditória entre nós — o câncer gástrico. Na Medicina, cada caso que se apresenta tem característicos especiais; no câncer gástrico também isso acontece. Tivemos recentemente a oportunidade de encontrar um câncer do estômago cuja lesão estava circunscrita exclusivamente à camada mucosa, embora se tratasse de um tumor já bastante extenso. Isso fez com que o trouxéssemos à nossa reunião de hoje e pedimos ao prof. Lordy que, depois da apresentação do caso nos faça algumas considerações sobre o assunto.

OBSERVAÇÃO

Trata-se de uma enferma de 48 anos, D.G. casada, residente em Catanduva, neste Estado. De 2 anos para cá vinha tendo vômitos tardios, sentia mal estar no estômago e ia perdendo gradativamente o apetite. Nunca tivera asia, mas nos últimos 15 dias apresentava queimação no epigástrico, acusava sialorréia e os fenômenos dolorosos eram pouco acentuados, principalmente nos últimos tempos. Tinha eructações frequentes, com mau cheiro; às vezes sentia amargor na boca. Havia emagrecido cerca de 4 kg. em 6 meses. Essa senhora já tivera 5 filhos. Tinha uma ligeira obstipação intestinal. Nunca apresentara diarreia,

(*) Caso apresentado na reunião do Corpo Médico do Sanatório São Lucas em 24 de julho de 1958.

muito menos melena, nem hematemeses. Fôra operada de hérnia a 8 anos e de rutura do perineo a 3 anos. Era ainda menstruada e as regras estavam diminuindo. Pressão arterial, 130x80. A escuta nada de anormal se notava. Palpava-se um tumor no epigástrico, ligeiramente à direita, tumor movel, indolor.

O exame radiológico (fig. 1) mostrava afilamento da região do antro pilórico, numa extensão de mais ou menos 2 cm., afilamento êsse persistente em tôdas as radiografias obtidas, que foram várias. O diagnóstico de lesão neoplásica do estômago se impunha tanto pela história clínica como pela evidencição radiológica. A enferma estava em condições relativamente boas, porquanto tinha ainda 4.800.000 globulos vermelhos, 8.000 leucocitos, taxa de hemoglobina 100%. O exame de urina nada revelou de extraordinário; no sangue 22mg% de urea, reserva alcalina 59,8%, proteínas totais 6,05 grs.%, albumina 4,84 grs.% globulina 1,21 grs.%, relação A.G. = 4,0. Estava pois, com o organismo em condições de suportar a agressão cirúrgica e foi operada no dia 13 de junho dêste ano, sob anestesia geral com surital, eter e flaxedil, feita pelo Dr. Roberto Deluca.

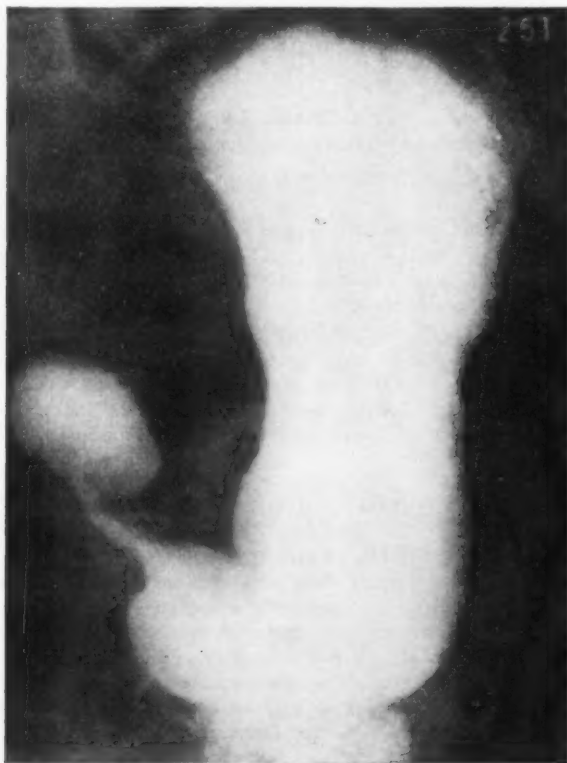


Fig. 1 — Radiografia mostrando afilamento da região do antro pilórico.



Fig. 2 — Fotografia da peça cirúrgica mostrando a extensão da lesão e o comprometimento apenas da mucosa e submucosa.

Tivemos ocasião de operá-la auxiliado pelo Dr. Luiz Branco Ribeiro. O ato cirúrgico foi bastante fácil: incisão de Lennander à direita; fígado de aspecto normal, não se palpa metástases; vesícula livre de aderências, não se palpa cálculos no seu interior; tumor do ântro, estendendo-se por cerca de 10 cm, circular, sem exteriorizar-se no peritônio, não tendo portanto aderências; alguns gânglios enfiados próximo do piloro, com aspecto de gânglios inflamatórios; não há gânglios visíveis no pequeno epiploon; descolamento colo-epiploico; descolamento fácil do bulho duodenal, que foi esmagado, fazendo-se a esse nível uma ligadura com categut n.º 2, seguida de 2.ª ligadura transfixante com o mesmo fio; preparo da bolsa da invaginação: secção do duodeno; proteção do coto proximal; icdo no coto duodenal, que foi invaginado em boas condições e recoberto com epiploon; palpação do abdomen inferior mostra útero e anexos normais; libertação da pequena curvatura; pinça de Abbadie no estômago; pesquisa fácil do jejuno; Abbadie no jejuno, a 20 cm. do ângulo; gastrojejunos-tomia ampla, termino-lateral, com alça mais ou menos longa, presa à pequena curvatura, antecólica; boca total em 3 planos de sutura com categut cromado

montado em agulhas atraumáticas; sutura da parede com categut n.º 2; seda e agrafes na pele. Tempo operatório 49'. Peça cirúrgica: apresentava 19 cm. na pequena curvatura e 36 cm. na grande curvatura; estenose dos últimos 10 cm. do estômago, correspondendo a uma lesão que não atingia a camada muscular, limitando-se à mucosa e à submucosa. Ulceração plana da mucosa desde o piloro até os limites proximais do ântro, estendendo-se um pouco mais ao longo da pequena curvatura; o espessamento maior era à custa da infiltração da submucosa (fig. 2).

Dada essa peculiaridade de se tratar de um tumor puramente limitado à camada mucosa e à submucosa, achamos interessante deixar registrado esse caso, cujo diagnóstico histológico feito pelo Prof. Carmo Lordy, foi de *adenocarcinoma*. Damos agora a palavra ao Prof. Carmo Lordy para nos dizer alguma coisa a respeito do assunto.

De acôrdo com a opinião documentada de Ribbert, o câncer inicia seu desenvolvimento ao nível da submucosa gástrica, para daí propagar-se através dos vasos linfáticos regionais, não só em profundidade, como principalmente em extensão superficial para a mucosa, que assim subminada desde o começo não tarda em se ulcerar. Novos focos, seguindo a mesma via de propagação, podem irromper à distância do ponto inicial, sem que o estado da mucosa interposta, aparentemente normal, denuncie a infiltração existente. Não tarda o câncer a invadir os gânglios regionais, retroperitoniais e não raramente, por via retrograda, a alcançar o sistema linfático mesentérico, infartar os gânglios mesentéricos ou irromper no canal torácico, avançar de modo contínuo ou descontínuo até os gânglios supraclaviculares (gânglios de Virchow), cuja tumefação e endurecimento têm importância clínica. Compreende-se, então, a possibilidade de invasão difusa pulmonar com a corrente venosa, desde a veia subclavia. Merece menção o eventual aparecimento em ambos os ovários de um tumor considerado, lá pelo passado, como primário (tumor de Krukenberg). Mais tarde, essa neoplasia, que pode alcançar tamanho bem grande, foi definitivamente interpretada como sendo metastase, sobretudo de um carcinoma gelatinoso do estômago. Como neste, as células cancerosas se apresentam também sob o aspecto de células em sinete.

Com mais freqüência, dá-se a propagação metastásica em direção do fígado, através das ramificações gástricas da veia porta, podendo então nêsse órgão aparecer nódulos, cujo tamanho às vêzes contrasta, de tão grandes, com o do tumor primitivo. Nem sempre existe uma relação constante entre a estrutura das metastases e a do tumor originário. Deve ser também mencionada a possibilidade de formação de trombose cancerosa do tronco da veia porta, determinando estase, sobretudo esplênica.

Como acima se disse, o desenvolvimento do câncer gástrico uma vez iniciado na submucosa tende não raramente a se propagar

também em profundidade, invadindo a musculatura e outros estratos. Quando a propagação para a serosa se faz de modo lento, geralmente nesse nível se processa uma irritação inflamatória com produção de aderências com órgãos vizinhos e, com isso, o estômago perde pouco a pouco a sua mobilidade. Aderências desse gênero podem se estabelecer em certos casos também com o colo transverso, com o intestino delgado, acompanhadas de eventual produção de fístulas (fístulas gástro-intestinais), com o exterior (fístulas gástro-cutâneas).

Quando, ao contrário, o processo ulcerativo se efetua de modo rápido, a perfuração da parede gástrica pode acarretar aqui e ali na cavidade peritoneal, sobretudo na região pélvica, a implantação de elementos cancerosos (metastase por implantação). Em casos bem mais raros, pode se dar maior disseminação desses elementos na superfície peritoneal com produção de pequeninas formações nodulares (carcinomatose miliar).

Dr. Eurico Branco Ribeiro — O Dr. Boscardin faz duas perguntas a respeito da observação do caso. Uma delas é sobre a presença de gânglios nas proximidades do piloro. Essa ocorrência é uma ocorrência mais ou menos normal. Na nossa descrição operatória, não se diz que esses gânglios tivessem aspecto de gânglios metastáticos, e realmente não o tinham, como também não havia gânglios na pequena curvatura indicativos de uma propagação carcinomatosa; justamente é na pequena curvatura onde mais comumente encontramos gânglios nos casos de câncer. Os gânglios no caso presente eram gânglios que se apresentavam com aspecto daqueles gânglios de processo inflamatório normalmente encontrados no estômago; portanto não havia sinais de propagação à distância.

Outra pergunta que o Dr. Boscardin fez é a respeito da extensão da gastrectomia. Nesse caso, como se vê pelas fotografias, não havia dificuldade nenhuma em se encontrar um bom sítio para fazer uma ressecção subtotal do estômago, porque o tumor era limitado à porção antral do estômago e com facilidade se obteve um limite bastante acima da lesão para se fazer uma ressecção satisfatória. Em geral os A. A. acentuam que uma ressecção gástrica para ser eficiente, para não haver reprodução no próprio coto gástrico, deve ir além de 4 centímetros da lesão. É essa a noção clássica que se tem sob o ponto de vista da patologia cirúrgica tanto no câncer do estômago, como também nos tumores do intestino. Há alguns A. A. que assinalam propagação invisível mais extensa, e isso é possível que aconteça, mas, geralmente, fazendo-se uma ressecção acima de 4 cm., não temos reincidência do tumor in situ, isto é: no próprio coto deixado no ato cirúrgico. O que geralmente encontramos na grande maioria dos casos de agravamento posoperatório de um enfermo de câncer de estômago é a propagação à distância; são gânglios comprometidos do sistema linfático que ficaram desapercibidos durante o ato cirúrgico. Raramente temos tido reincidência

na própria bôca anastomótica, embora façamos, preferentemente, a cirurgia conservadora, isto é: a gastrectomia subtotal em vez da gastrectomia total, que foi por algum tempo o preconizado por certo número de autores. Hoje em dia a observação dos fatos vem demonstrando que a gastrectomia total só deve ser feita nos casos necessários, quer dizer: quando a séde do tumor impõe que se faça a ressecção total. Na maioria dos casos, principalmente nos canceres do antro, que constituem a maioria dos canceres do estômago, a gastrectomia subtotal é a que melhor convém.

Quanto à pergunta sobre distância entre o nível da ressecção e o tumor, vamos respondê-la através da fotografia da peça que mostra perfeitamente a amplitude da ressecção feita. Vemos que o tumor vinha desde o piloro e estendia-se por 10 cm. ao longo da pequena curvatura; a nossa ressecção foi feita pelo menos a 5 cm. acima do limite macroscópico da lesão. Como vemos, o tumor era limitado à mucosa dos últimos 5 cm; a montante não havia nenhum sinal de propagação.

Conduta terapêutica diante da apendicite gangrenosa (*)

Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

(Diretor do Sanatório São Lucas)

Os processos infecciosos peritoniais voltam a preocupar os cirurgiões diante do fracasso freqüente da terapêutica dos antibióticos, em grande parte devido à generalização da resistência à ação desse tipo de medicamento pelo seu uso abusivo e intempestivo. Assim, quando surge um caso de apendicite gangrenosa ou de perfuração aguda do apêndice fica o médico sem saber com que elementos terapêuticos pode realmente contar para debelar a peritonite já instalada ou que se avizinha. O problema é deveras crucial. Para não ficar à mercê de suscetibilidades, o clínico vem recorrendo à associação de vários antibióticos, baseado em que a falha de um será suprida pela eficiência do outro, senão mesmo tendo em vista a ação sinérgica e reforçadora de determinadas combinações, tão decantada pelos propagandistas de novas drogas.

Em face de um caso concreto muito grave, tivemos a ocasião de ensaiar uma dessas associações com resultados os mais animadores. Trata-se do caso de:

L. D., de 48 anos, sexo masculino, branco, brasileiro, funcionário de um pastificio nesta capital. Ao apresentar-se no Serviço, estava sofrendo por três dias de dores intensas e persistentes, que se iniciaram no hipocondrio direito e depois se tornaram mais patentes na fossa ilíaca e no flanco direitos. Essas dores se agravavam com os movimentos e repercutiam na região epigástrica. Não apresentava vômitos e acusava obstipação intestinal desde o início da crise. Ao exame, notavam-se ligeira dispnéia, facies intoxicada, ventre ligeiramente abaulado, tenso, doloroso, timpânico; a palpação era dolorosa, acentuando-se a dor na região ilíaca direita, onde havia nítida defesa muscular; com dificuldade foi possível perceber, acima do ponto apendicular, uma tumoração profunda, que se pensou ser o fundo da vesícula, bastante dolorosa, mas menos do que acusava o paciente ao ser examinada a fossa ilíaca direita. Tratava-se de um indivíduo gordo, com dispnéia de esforço, queixoso de flatulência progressa. A tensão arterial

(*) Considerações feitas perante o Corpo Médico do Sanatório São Lucas em 7/5/1959.

estava em 120 e 90. Temperatura axilar 37° e retal 39°. Pulso a 100 por minuto. Estado geral mau. Urina com numerosos cilindros hialinos e granulados, muco, raros elementos celulares, traços evidentes de albumina. Tempo de coagulação, 8 minutos; tempo de sangramento, 4 minutos. Leucometria, 16.000. Hematimetria, 5.300.000 por mm³. Taxa de hemoglobina 104%. Tratava-se, evidentemente, de um indivíduo em más condições, com hemoconcentração, portanto desidratado; com emunatório renal comprometido, com má defesa orgânica.

A intervenção foi realizada de urgência no dia 13 de março de 1959, às 20 horas, sob anestesia geral. Encontramos um apêndice parcialmente gangrenado, ascendente externo, sendo retirado aos pedaços. Prosseguindo no exame do campo operatório, com a intenção de verificar se ainda existia algum fragmento de apêndice, encontramos um abscesso paracólico próximo ao ângulo hepático, que foi esvaziado. As alças delgadas estavam hiperemiadas, havendo aqui e ali formação de membranas de fibrina. Um dreno foi colocado na cavidade do abscesso e outro ao nível do ceco, fechando-se a parede com categut e aproximando a pele com pontos separados de sêda. Sonda gástrica de demora.

O exame anátomo-patológico feito pelo prof. Carmo Lordy, revelou tratar-se de "apendicite flegmonosa perfurada com periapendicite".

Além da hidratação intensiva do doente, empregamos para combater a infecção a associação cloroanfenicol-tetraciclina, usando o produto denominado Quemiciclina, por meio de injeções musculares inicialmente de 6 em 6 horas e do quarto dia em diante de 8 em 8 horas, até o oitavo dia. O intestino voltou a funcionar no quarto dia e a distensão abdominal cedeu gradativamente. O estado geral foi melhorando, a secreção diminuindo e a alta hospitalar pôde ser dada ao fim de três semanas, ainda em curativos.

Devemos ressaltar, neste caso, a ação benéfica da associação cloroanfenicol-tetraciclina.

A tetraciclina foi introduzida em terapêutica em 1953, com ação sobre germes aeróbios e anaeróbios, bactérias e cocos, espiroquetas e virus. Sua toxidez é mínima e sua atividade é particularmente evidente perante a *Escherichia coli*, as *Shigelas* e o *Proteus*, donde sua indicação perfeita no caso em apreço, uma vez que além de ação bacteriostática tem também ação bactericida. O cloroanfenicol hidrossolúvel, também de ação prevalentemente bacteriostática, é sumamente ativo diante das *Salmonelas* e do *Proteus*, com a circunstância de ser pouco tóxico e pouco afeito ao fenômeno da bacteriorresistência. Foi obtido em 1947 por Gottlieb, Burkholder e Erlich de um actinomiceto e posteriormente produzido sinteticamente por Controlio, Rebstock e Crocks.

O resultado brilhante obtido no caso relatado fez com que o trouxéssemos ao conhecimento dos colegas.

Literatura Médica

Livros recebidos

Congresso Nacional de Ciências Médicas. — Edição da Academia da República Popular Rumena. — Comunicação dos convidados estrangeiros, Bucarest (5-11 Maio 1957). Volume de mais de 900 páginas, contendo figuras e gráficos, de impressão cuidadosa e apresentação agradável pela sua confecção. E' o conjunto de todos os trabalhos científicos enviados pelos convidados estrangeiros, inclusive os que chegaram após o encerramento do Congresso, constituindo preciosa colaboração para o enriquecimento da literatura médica universal.

Shock Quirúrgico. — Publicação da casa editora "El Ateneo", de Buenos Aires. Estudo com minúcias da fisiopatologia, do diagnóstico e do tratamento do shock cirúrgico. E' um trabalho de equipe em que seus autores, drs. Jorge A. Ferreira, Juan P. Lacour, José Schavelzon e José Catterberg analisam, com a autoridade que lhes conferem as suas credenciais, as causas predisponentes, as causas determinantes e o mecanismo fisiopatológico do shock cirúrgico, os dados de laboratório, tanto os clínicos como os experimentais e sobre estes fundamentos apoiam o tratamento que indicam e descrevem com clareza.

Em sua 2.^a edição, que agora vem à luz, os autores esforçaram-se para atualizar o seu trabalho com relação a novos conhecimentos e interpretações modernas. Acompanha o trabalho uma extensa bibliografia.

Bibliografia Brasileira de Medicina. — Dr. Jorge de Andrade Maia — Bibliotecário-chefe da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo — 1958.

Este trabalho, que corresponde à 2.^a parte do vol. 4 do Índice Catálogo Médico Brasileiro, que vem sendo publicado desde 1937, editado pelo Instituto Brasileiro de Bibliografia e Documentação, proporcionou ao autor a obtenção de alta honraria, como foi a sua inscrição na Ordem do Mérito Médico Nacional.

O volume em apêço contém os nomes dos autores e diz respeito ao período 1941-1952, já se achando no prelo, pronto para a publicação, o volume referente ao período 1953-1958.

Sanatório São Lucas

Operações realizadas em 1958

A		E	
Abaixamento do reto	2	Eletro coagulação do colo uterino	83
Abaixamento do sigma	1	Entero entero anastomose	4
Abertura de abscesso	158	Esofagectomia	3
Abertura de antraz	15	Esplenectomia	2
Abertura + Drenagem adenite tuberculose	1	Exploração de rim	2
Abertura de hematoma	2	Extirpação de cálculo de rim	1
Adenoidectomia	1	Extirpação de calosidades	4
Alcoolização do pré sacro	22	Extirpação de cisto	347
Amigdalectomia	1	Extirpação de cisto dermoide	7
Amputação do colo uterino	7	Extirpação de corpo estranho	32
Amputação de dedo	29	Extirpação de esporão calcâneo	1
Amputação de 1/3 superior da perna	3	Extirpação de fibroadenoma da mama	2
Amputação do reto	1	Extirpação de fistula	29
Anastomoses esofagogastricas	3	Extirpação de gânglios	16
Anastomose gastroesofageana	1	Extirpação de glândula de Bar- tolin	18
Apendicectomia	289	Extirpação de hemangioma	4
		Extirpação de lipoma	29
		Extirpação de polipo do colo do útero	11
		Extirpação de polipo vulvar	2
		Extirpação de queiloide	4
		Extirpação de tumor axilar	10
		Extirpação de tumor de parede abdominal	4
		Extirpação de ureter	1
		Extirpação de verruga	32
B		F	
Biopsia	82	Fissurectomia	4
		Forcipe	49
C		G	
Cesareana	100	Gastroduodenectomia parcial	147
Circuncisão	69	Gesso (aparelho)	9
Colecistectomia	55		
Colecistendese	5		
Colectomia	3		
Coledocotomia	5		
Cura cirúrgica de elítrocele	1		
Curetagem óssea	4		
Curetagem de úlcera	3		
Curetagem uterina	259		
D		H	
Debridamento de úlcera	4	Hemorroidectomia	50
Dilatação do colo uterino	3	Hérnia epigástrica (cura cirúr- gica)	4

Hérnia inguinal	147
Hérnia umbilical	17
Histerectomia sub total	37
Histerectomia total	
vaginal 12	58
abdominal 46	32
Histeropexia	

I

Imobilização da costela	1
Inversão da vaginal	13

L

Laparotomia verificadora	65
Libertação de aderências	28

M

Manchester	7
Mastectomia	43
Miomectomia	11

N

Nefrectomia	5
Nefropexia	2
Nervolise nervo cubital bilateral	1
Neurotomia pré-sacra	1

O

Orchipexia	1
Osteosintese	5
Ovarectomia parcial	12
Ovarectomia total	10

P

Paracentese	35
Pancreatectomia	1
Perineorrafia	104
Plástica do esfíncter vesical	3
Plástica da face	2
Plástica da mão	10
Plástica da parede abdominal	41
Plástica da perna	3
Plástica do seio	3
Prostatectomia	3

R

Redução de luxação	1
Ressecção de epiplon	3
Ressecção de escroto	7
Ressecção de intestino delgado	6
Ressecção de tumor da bexiga	1

S

Safenectomia	61
Salpingectomia	93
Salpingotomia	79
Sigmoidectomia	1
Simpatectomia lombar	12
Suturas	221

T

Tireoidectomia	23
Toracotomia	3
Tunelisação	18

V

Vulvectomia	2
-------------------	---

ÍNDICE GERAL DO VOLUME XX

A

- Abdominais ossiciadas. Afecções —, 70.
 Afecções abdominais associadas —, 70.
 Agênésia renal unilateral —, 9.
 Apendicite gangrenosa. Conduta terapêutica diante da —, 185.
 ARCOVERDE (José Mendes) — Tratamento do coma diabético —, 87.
 AZULAY (David) e FINOCHIETO (Ricardo) — De tetano quirúrgico y operatorio —, 173.

C

- Câncer do colédoco —, 83.
 Câncer gástrico limitado à camada mucosa —, 179.
 Cirurgia e cirurgiões da Argentina —, 51.
 Cirurgia plástica norte-americano. El ultimo congreso de —, 126.
 Cirurgia reparadora perineo-ano-retocólica. Sobre um caso de —, 121.
 Colédoco. Câncer do —, 83.
 Coma diabético. Tratamento do —, 87.
 Conduta terapêutica diante da apendicite gangrenosa —, 185.
 Contribuição da anatomia patológica —, 169.
 Cuello uterino. Presentacion de un caso clinico. Mioma gigante del —, 99.

D

- Diabético. Tratamento do coma —, 87.

F

- Fibradenoma gigante da mama —, 115.
 FINOCHIETO (Ricardo e AZULAY (David) — De tetano quirúrgico y operatorio —, 173.

G

- Gravidez? Mioma ou —, 43.
 gástrico limitado à camada mucosa. Câncer —, 179.

H

- Hérnia dos discos cervicais. Considerações sobre a síndrome da —, 73.
 Hérnia inguinal. Pseudorredução de —, 21.
 Homenagem póstuma ao Dr. Paulo R. C. Rebocho —, 35.
 Honra ao mérito —, 132.

J

- Imagem da Virgem de São Lucas da Catedral da Bahia, A —, 139, 147.

L

- LEISTNER (Azael S.) — Sobre um caso de cirurgia reparadora perineo-ano-retocólica —, 121.
 Literatura Médica — Apreciações —, 79.
 Literatura Médica — Livros recebidos —, 185.
 Literatura Médica — Separatas e folhetos recebidos —, 12, 128, 160.
 LORDY (Carmo) — Contribuição da anatomia patológica — 169.

LORDY (Carmo) e ORTEGA (Lizardo) — Mioma gigante del cuello uterino. Presentación de un caso clínico —, 99.

LORDY (Carmo) e RIBEIRO (Eurico Branco) — Câncer gástrico limitado à camada mucosa —, 179.

LORDY (Carmo) e RIBEIRO (Eurico Branco) — Tumor de Wilms. (Adenosarcoma embrionário do rim). —, 107.

LORDY (Carmo) e RIBEIRO (Eurico Branco) — Tumores mistos da parótida —, 3.

LORDY (Carmo) — Spina Bífida —, 19.

M

Mama. Fibradenoma gigante da —, 115.

Mioma gigante del cuello uterino. Presentación de un caso clínico —, 99.

Mioma ou gravidez? —, 43.

MORGANTI (Renato) — Considerações sobre a natureza do osteoma osteóide —, 67.

MORGANTI (Renato) — Considerações sobre a síndrome da hérnia dos discos cervicais —, 73.

Movimento da Secção de Maternidade do Sanatório São Lucas no ano de 1957 —, 24.

N

Neoplasias da vesícula biliar —, 6.

NOBRE (Adhemar) — Dr. Paulo R. C. Rebocho (Homenagem Póstuma) —, 35.

NOBRE (Adhemar) — Semana de Cirurgia —, 131.

O

Oclusão intestinal posoperatória por conteúdo alimentar —, 46.

OLIVEIRA (Pedro Luiz de) — Neoplasias da vesícula biliar —, 6.

ORTEGA (Lizardo e LORDY (Carmo) — Mioma gigante del cuello uterino. Presentación de un caso clínico —, 99.

Osteoma osteóide. Considerações sobre a natureza do —, 67.

P

Perineo-ano-reto-cólica. Sobre um caso de cirurgia reparadora —, 121.

Posoperatória por conteúdo alimentar. Oclusão intestinal —, 46.

R

RIBEIRO (Eurico Branco) — Afecções abdominais associadas —, 70.

RIBEIRO (Eurico Branco) — Agenesia renal unilateral —, 9.

RIBEIRO (Eurico Branco) — Câncer do cóleoco —, 83.

RIBEIRO (Eurico Branco) — Cirurgia e cirurgões da Argentina —, 51.

RIBEIRO (Eurico Branco) — Conduta terapêutica diante da apendicite gangrenosa —, 185.

RIBEIRO (Eurico Branco) — Fibradenoma gigante da mama —, 115.

RIBEIRO (Eurico Branco) — Honra ao mérito —, 132.

RIBEIRO (Eurico Branco) e LORDY (Carmo) — Câncer gástrico limitado à camada mucosa —, 179.

RIBEIRO (Eurico Branco) e LORDY (Carmo) — Tumor de Wilms. (Adenosarcoma embrionário do rim). —, 107.

RIBEIRO (Eurico Branco) e LORDY (Carmo) — Tumores mistos da parótida —, 3.

RIBEIRO (Eurico Branco) — Mioma ou gravidez? —, 43.

RIBEIRO (Eurico Branco) — Oclusão intestinal posoperatória por conteúdo alimentar —, 46.

RIBEIRO (Eurico Branco) — Pseudorredução de hérnia inguinal —, 21.

RIBEIRO (Eurico Branco) — Os Rumos do Sanatório São Lucas —, 135.

Rim. Tumor de Wilms. (Adenosarcoma embrionário do —, 107.

S

Sanatório São Lucas —, Comunicações feitas —, 63.

Sanatório São Lucas — Movimento cirúrgico —, 64.

Sanatório São Lucas — Operações realizadas em 1958.

Sanatório São Lucas. Os Rumos do —, 135.

Sanatório São Lucas — Reuniões do Corpo Médico —, 15, 76.

Saudação ao Professor Carmo Lordy —, 163.

Semana de Cirurgia —, 131.

Síndrome da hérnia dos discos cervicais. Considerações sobre a —, 73.

SONNLEITHNER (João Noel von) — Saudação ao professor Carmo Lordy —, 163.

Spina Bífida —, 19.

T

Tetano quirúrgico y operatorio. De —, 173.

Tumor de Wilms. (Adenosarcoma embrionário do rim) —, 107.

Tumores mistos da parótida —, 3.

V

VASCONCELOS FILHO (Eduardo Pinto de) — A imagem da Virgem de São Lucas da Catedral da Bahia —, 139, 147.

VERGARA (Alberto Carrion) — El ultimo congreso de cirurgia plastica norte-americano —, 126.

Vesícula biliar. Neoplasias da —, 6.

Virgem de São Lucas da Catedral da Bahia. A imagem da —, 139, 147.

W

WALDEMAR MACHADO — Movimento da Secção de Maternidade do Sanatório São Lucas no ano de 1957 —, 24.

